FIOCRUZ

RADIS

RADIS
Nº 17 • FEVEREIRO/99

ASSISTÊNCIA PERINATAL E NEONATAL NO BRASIL

UM DESAFIO PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

RESPONSABILIDADE PARTILHADA

O PAPEL DAS INSTÂNCIAS DO SUS NA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PERINATAL

APRESENTAÇÃO

ÁLVARO NASCIMENTO

O elevado número de mortes de crianças e mães brasileiras no período entre o parto e o primeiro mês de vida do bebê representa um enorme desafio tanto para os serviços de saúde como para a sociedade. Muitas são as vezes em que as más condições de saúde e de nutrição da mãe, a falta de informação, de acesso a um pré-natal, parto e pós-parto de qualidade, além da falta de cuidados imediatos ao recém-nascido, transformam um momento privilegiado na vida da mãe, do pai e da própria criança em horas de sofrimento e desespero.

Enquanto nossos bebês morrem principalmente por problemas respiratórios, prematuridade, baixo peso, vários tipos de infecções e asfixia, as mães apresentam graves complicações devido à anemia crônica, hemorragias, hipertensão, infecções durante a gravidez (muitas advindas de doenças sexualmente transmissíveis), hepatite, falta de higiene durante o parto e gravidez indesejada (que gera aumento do risco de morbi-mortalidade, abandono, maltrato e negligência em relação ao recém-nascido). Nesta lista de complicações, boa parte delas poderiam ser evitadas com simples políticas de promoção à saúde.

Para tratar da mortalidade perinatal e neonatal no Brasil, o Radis levantou números, ouviu opiniões de especialistas e cobriu o "Fórum Nacional de Assistência Perinatal", realizado de 1 a 2 de dezembro de 1998, em Brasília. No evento (promovido pelo Ministério da Saúde e organizado pela Coordenação Materno-Infantil e pela ENSP/Fiocruz, que contou também com o apoio da OPAS e da UNICEF), não se fez apenas um diagnóstico da realidade do setor. Foram apresentadas também uma série de experiências bem sucedidas, levadas à frente em municípios e estados que tomaram a decisão política de vencer este desafio.

O Radis publica, também, a íntegra do documento "A mortalidade Perinatal e Neonatal no Brasil", elaborado por um conjunto de estudiosos do assunto, tratando da tendência da mortalidade perinatal e infantil, os fatores de risco na mortalidade perinatal e as prioridades na intervenção para se superar um dos mais graves problemas de saúde que ainda perdura em nosso País. ●

FOTOS ALVARO FUNCIA

Maria do Carmo Leal, Tania Lago, Marinice Coutinho Joaquim e Ana Goretti, organizadoras do Fórum Nacional de Assistência Perinatal

ROGÉRIO LANNES

– Num país de tantas desigualdades como o Brasil, a presença do setor público na assistência à saúde é absolutamente intransferível e de uma importância fundamental para os 70 a 75% dos cidadãos brasileiros, que não têm acesso aos chamados serviços privados de saúde. A afirmação é do professor Paulo Marchiori Buss, diretor da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), na mesa-redonda "O Papel das Instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) na Organização da Assistência Perinatal", que abriu o Forum Nacional sobre o tema, realizado em Brasília.

Ele defende que todos os níveis de governo trabalhem pela eqüidade no acesso e no perfil do sistema de saúde:

– A eqüidade no acesso ainda não existe. Nós temos uma cobertura insuficiente e desigual. As mulheres brasileiras não têm acesso eqüitativo ao pré-natal. Sem discutir a qualidade deste pré-natal, que ainda é baixa. Isso, num período tão bonito, tão importante do ciclo de vida que é o momento da gravidez e do parto, que é também cercado de estresse e pode se tornar uma emergência e até uma urgência.

Paulo Buss lembra que pelo menos 25% das crianças que morrem logo após o parto são viáveis, têm peso adequado e não têm nenhuma situação particularmente importante que lhes pudesse levar à morte se houvesse uma assistência perinatal adequada.

Falta também, em sua opinião, acompanhamento neonatal aos bebês que nasceram de gestações de alto risco ou que

nasceram em situações que demandam atendimento mais especializado.

Ele aborda ainda o papel da academia no enfrentamento do atual quadro da saúde. Garante que a ENSP, assim como outros centros universitários, está fazendo um grande esforço para capacitar recursos humanos na área do planejamento e da epidemiologia e frisa que existe uma grande base de dados inexplorada, que pode ser utilizada para dissertações e projetos de pesquisa que podem ajudar ao gestor a direcionar suas prioridades no campo da assistência perinatal.

–Nós temos esse compromisso com a vida. O que mais nos move é o compromisso com esses bebês que merecem uma chance de viver uma longa, proveitosa e feliz vida – conclui.

"O SUS MELHOROU O ACESSO, MAS FALTA QUALIDADE"

– Vejo a assistência perinatal como uma área prioritária, mas não descolada do sistema – afirma o secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, Renilson Rehem, que também participou da mesa-redonda.

Ele contesta a visão de quem acha que o SUS está falido ou que a saúde está um caos. Argumenta que o SUS trouxe grandes avanços na organização política e estrutural do sistema, na descentralização, na municipalização, na transferência de recursos fundo a fundo, na participação e controle social. Mas reconhece que a sociedade e a imprensa têm razão em suas cobranças do ponto de vista da qualidade e da organização do sistema.

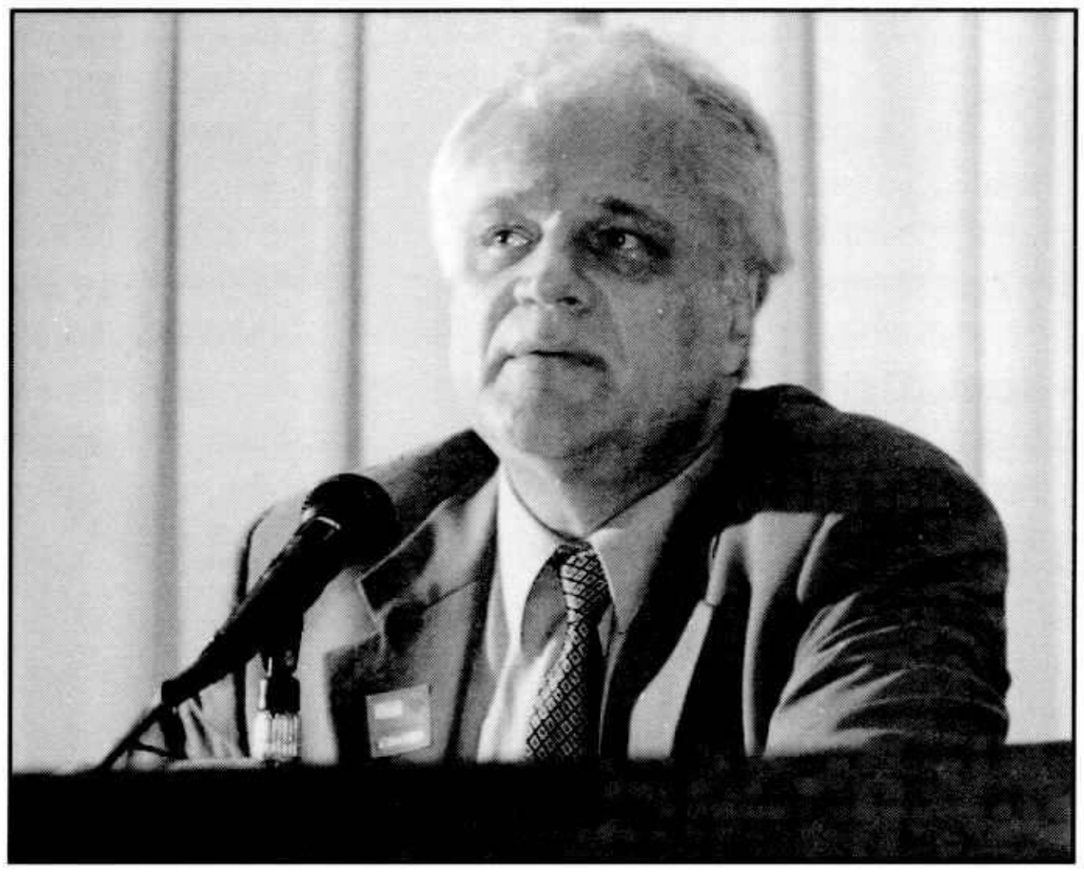
– O SUS proporcionou um avanço significativo. Quando eu era Secretário de Assistência Social do Inamps, existiam os beneficiários do instituto e o resto da população, que era vergonhosamente chamada e tratada como indigente. Hoje, o que infelizmente acontece é que as pessoas conseguem o acesso à unidade, mas nem sempre conseguem ter acesso ao serviço de assistência e muito menos um serviço com qualidade. Esta é que eu acho a grande questão – diz Renilson.

A assistência pré-natal, em sua opinião, deve ser organizada numa perspectiva de acompanhar, encaminhar e assegurar a assistência ao parto, mesmo naqueles municípios que só dispõem de uma atenção básica.

– Infelizmente, o parto ainda é um atendimento de urgência em boa parte do nosso país. O plantonista da maternidade não tem a menor idéia de como evoluiu aquela gravidez – critica Renilson.

Sem tirar a relevância do pré-natal, ele defende estratégias de melhoria do parto e do pós-parto:

– Há pouco tempo atrás, a própria equipe de saúde achava natural perder uma criança, sem enviá-la à UTI. Com o avanço que temos hoje, ninguém pode se conformar mais com isso.



Paulo Buss: capacitação de recursos humanos e compromisso com a vida.

Renilson classifica como "vergonhosos" os casos em que se perde crianças "viáveis" dentro de unidades hospitalares, por falta de meios e condições de trabalho. E defende, por isso, a necessidade do SUS assegurar também a assistência à terapia intensiva neonatal, mesmo que seja caro, "para garantir mais acesso aos 75% da população sem seguro-saúde mencionados pelo Paulo Buss, que hoje infelizmente não pode contar com algumtipo de plano de saúde".

Em sua opinião, o papel do Ministério da Saúde é o de elaborar as estratégias, principalmente através das Secretarias de Assistência e de Políticas de Saúde, criando formas de incentivo e acompanhamento a essas políticas a serem implementadas por estados e municípios.

– A descentralização criou espaços concretos para que se tenha uma melhoria do acesso à assistência. Avançamos no processo político institucional, agora temos que nos dedicar à questão do acesso e da qualidade da assistência - conclui.

"ASSISTÊNCIA PERINATAL É PRIORIDADE DE GOVERNO"

– O Programa de Redução da Mortalidade Infantil é uma prioridade de governo e uma preocupação pessoal do próprio Presidente da República, que nos pede informes a cada dois meses sobre a queda das taxas. Embora a mortalidade infantil esteja diminuindo, a velocidade ainda é pequena e a da mortalidade perinatal bem menor – afirma João Yunes, Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e o terceiro participante da mesa.

Quanto à responsabilidade de cada nível de governo para a promoção da saúde perinatal, ele lembra que, dentro da estrutura do SUS, o Ministério da Saúde não é mais executivo. Ele é político, técnico-normativo e regulamentador. Quem executa as ações são os estados e, principalmente, os municípios.

– Com a descentralização, nós vemos que o estado ficou um pouco perdido na sua função e nossa pretensão em 1999 é a de revisar com o estado o seu papel no SUS. Queremos fortalecer o papel do estado como formulador de política do estado, regulamentador, supervisor, promotor da capacitação de recursos humanos. Ele não deve competir com o município na execução. Quanto mais o município puder executar, tanto melhor – diz Yunes.

Em relação às universidades, ele avalia que tem havido, tradicionalmente, um divórcio entre a academia e o serviço, tendência que a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) busca reverter ao colocar representantes das universidades em todos os seus 25 comitês técnicos.

A SPS está, segundo o seu titular, trabalhando com o enfoque de saúde da família, ou saúde familiar, substituindo o conceito de saúde materno-infantil pelo de saúde integral da mulher e saúde integral da criança, "dentro de uma concepção integrada de ciclo de vida".

Renilson Rehem: "O parto ainda é um atendimento de urgência em boa parte do país."

– Nós sabemos que ao redor de 50% dos óbitos infantis ocorrem no primeiro mês de vida. Este período tão precoce faz pensar que as causas principais talvez não sejam endógenas e devam estar mais relaciondadas com a saúde materna e com os momentos do parto e pós-parto – avalia.

O cuidado com a nutrição da mulher é fundamental, diz ele, lembrando que a anemia ainda é um problema quase endêmico, especialmente no Norte e Nordeste.

– Outro fator de risco importante é a gravidez precoce na adolescência, na maioria das vezes indesejada, que é cada vez maior no país e tem relação direta com o nascimento de crianças com baixo peso – acrescenta Yunes.

Entre os fatores "associados" importantes citados por ele está a educação da mulher. "O Unicef tem chamado a atenção sobre a importância da educação na saúde da mulher e do recém-nascido", completa. O espaçamento entre os partos também é relacionado como facilitador de uma maior sobrevida do recém-nascido.

A busca de estilos de vida saudáveis deve ser estimulada. "Nós sabemos que o fumo representa um dos fatores importantes para um recém-nascido de baixo peso", pontua o Secretário de Políticas de Saúde.

Yunes concorda com os demais palestrantes que a qualidade do atendimento pré-natal está abaixo do desejável, "embora a cobertura, em termos de média, seja satisfatória". Isso fica evidente quando se analisa a concentração das consultas por período de gravidez.

Em relação à assistência ao parto, ele adverte que no Brasil, apesar da maior parte dos partos se realizar nos hospitais, a mortalidade materna é muito alta, principalmente se considerado o fato de que o sub-registro é da ordem de 50%.

- É importante a vigilância epidemiológica para o recém-nascido de risco. Uma das principais causas de morte na primeira semana está relacionada à infecção. Então eu acho fundamental nós procurarmos assegurar condições adequadas de atendimento à criança que está internada — propõe Yunes.

Ao comentar os benefícios do aleitamento materno, ele acrescenta que a proposta da "mãe canguru" — em experiência em maternidades de alguns estados — deve ser levada em consideração, porque está relacionada à questão do calor materno como um fator protetor para os recém-nascidos de baixo peso.

O alojamento conjunto tem sido uma orientação importante também, avalia Yunes. Sob este ponto de vista, ele acredita que nem todo hospital cinco estrelas pode ser considerado um hospital "amigo da criança", na medida que não possibilite esta aproximação nos primeiros dias de vida.

O Secretário de Políticas de Saúde disse ainda que, no segundo semestre de 1998, o Ministério deu ênfase a dois comitês, um de mortalidade materna — que teve a sua composição redefinida — e outro de mortalidade perinatal. Em função da interface entre as questões abordadas em ambos os fóruns, cada um tem em sua composição um represente do outro.

"O POVO MORA NOS MUNICÍPIOS"

São mais de cinco mil municípios em todo o Brasil, com realidades diversas e populações que variam de algumas centenas a milhões de habitantes, representados na área da saúde pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Falando em nome da entidade, o Secretário Municipal de Saúde de Mauá (região metropolitana de São Paulo), Jairo Altair Georgete, afirma que, embora ainda não tenha sido tema de debate específico no âmbito do Conasems, o papel das secretarias municipais de saúde é central na mudança do atual modelo de assistência perinatal.

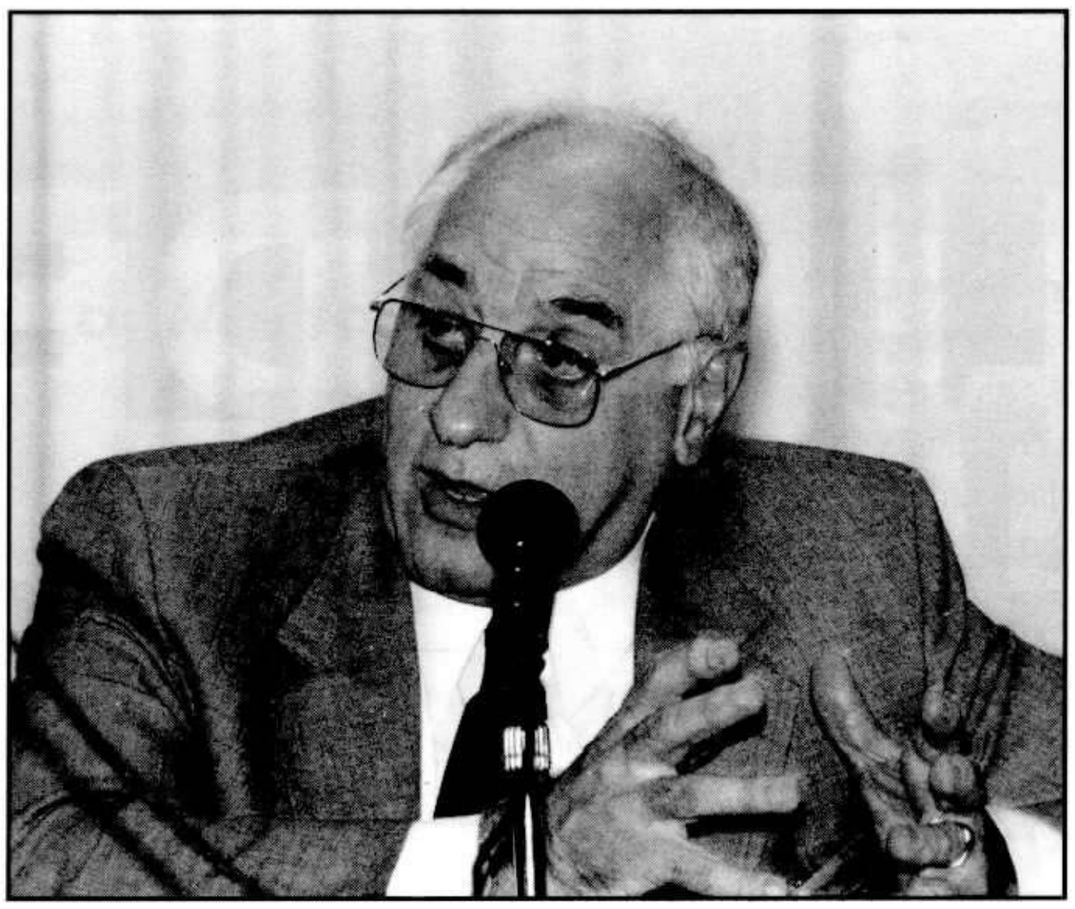
– As políticas do SUS têm sido corretas. É que a defasagem existente no setor saúde no Brasil é tão grande, que dá a impressão de que o SUS vai mal. Mas os indicadores de saúde mostram que a gente está melhorando. Quando se vê a diminuição da mortalidade infantil no nosso país, é importante observar porque ela diminuiu. São vários os fatores. A descentralização facilitou o controle social sobre o uso dos recursos e a gerência da saúde foi fundamental para a implantação das ações básicas. Como dizia o ex-Deputado Ulisses Guimarães, a população mora nas cidades, nos municípios, e as políticas adotadas têm que levar isso em conta – pontua Jairo.

Ele lamenta que os secretários de saúde tenham que gastar grande parte do seu tempo fora do município discutindo financiamento e o que lhes sobra do tempo resolvendo questões de recursos humanos, reduzindo assim a atenção que precisam dar às políticas de saúde.

– Há alguns anos, tínhamos uma mortalidade infantil mais tardia, por diarréia, que ainda acomete várias regiões do nosso país. Hoje, o grande componente da mortalidade infantil é a mortalidade perinatal. Em Mauá, conseguimos reduzir pela metade a mortalidade neonatal, nos últimos oito anos. Foi uma redução de 40% em apenas um ano, ficando abaixo da média estadual e nacional, que também caíram – diz o Secretário de Mauá, município que tem 360 mil habitantes.

Além do processo de descentralização, Jairo avalia que outras ações de saúde influenciam de forma indireta a melhoria da assistência perinatal, como o planejamento familiar, ao permitir que pais tenham maior disponibilidade e os serviços melhor estrutura para tratar desta questão. Outro fator positivo é o rompimento do perfil do pré-natal exclusivamente centrado no atendimento médico. Diversos municípios já romperam com esse modelo e introduziram de forma satisfatória a consulta pré-natal de enfermagem e de caráter multidisciplinar.

– Na nossa cidade, o Programa de Saúde da Família trouxe à tona a consciência de que mesmo a recepcionista ou a auxiliar de enfermagem têm a responsabilidade, jun-



João Yunes: reverter o divórcio entre a academia e os serviços.

to com o profissional de saúde, de evitar que uma mulher que chegue à unidade de saúde com um atraso menstrual deixe de ser atendida. Quando a mulher é bem atendida no serviço, aumentam suas chances de ter um um pré-natal e um parto mais seguros – explica Jairo.

Ele acrescenta que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde também é relevante para esse acolhimento, na medida em que a linguagem simples usada por um agente da própria comunidade pode traduzir melhor a importância do pré-natal ou fazer chegar ao posto de saúde para verificar a pressão, uma grávida com um pé inchado que não entra mais no chinelo.

Outra ação importante, em sua opinião, é a existência de um "ambulatório de alto risco", onde um profissional bem treinado possa identificar e acompanhar adequadamente a gestante diabética, hipertensa, cardiopata ou que apresente qualquer outro risco.

O Secretário de Mauá toca ainda em um ponto polêmico, a permanência da mulher na maternidade, que tem um tempo mínimo determinado pelo SUS:

– Como gestores temos encontrado dificuldades para mudar alguns conceitos. De um lado, hospitais públicos de referência em que os plantonistas fazem questão de manter a mãe e o recém-nascido até três dias internados, superlotando as maternidades. De outro, as conveniadas com a queixa de que, se a alta só puder ocorrer após 48 horas, os valores da AIH não vão pagar nem a alimentação e a hotelaria. E é só conferir as despesas de uma cozinha terceirizada de hospital público para ver que o que eles estão dizendo não é absurdo.

Ele garante que há estudos que demonstram a viabilidade de um acompanhamento pós-parto à domicílio, após a alta nas primeiras 24 horas, quando o obstetra e o pediatra julgam que mãe e filho estão bem:

– No nosso município implantamos um programa de acompanhamento pelas unidades de saúde que se chama "Quarta-feira feliz". Nas quartas-feiras, todas as unidades recebem essas crianças. É uma festa, você vê aquelas mães amamentando, os pais em torno. São ações simples, baratas e que podem ser feitas por qualquer profissional de saúde minimamente preparado.

Outro equívoco comum no país, segundo ele, é o modelo voltado para o pronto atendimento, onde a gestante não procura o atendimento pré-natal, e sim o pronto socorro, sendo recebida pelo plantonista da vez. "O gestor municipal tem que ter a coragem para romper com este modelo de atendimento superficial, sem vínculo com a gestante, e que, ainda por cima, é caro", frisa Jairo.

Para ele, o atendimento deve ser mais humano, sem se deixar de lado uma boa estruturação da rede:

– É preciso que a unidade básica tenha pediatra, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde e profissionais que possam garantir o retorno das pacientes à Unidade e favorecer o acesso de mulheres e bebês egressos de maternidades do SUS. Manter um sistema de vigilância à gestante através dos agentes de saúde é outro aspecto importante para se ter um atendimento humanizado, pois se o agente de saúde de uma determinada área, sabe da existência de uma mulher em final de gravidez, fica atento e assim que o bebê nasce, faz uma visita de orientação imediatamente.

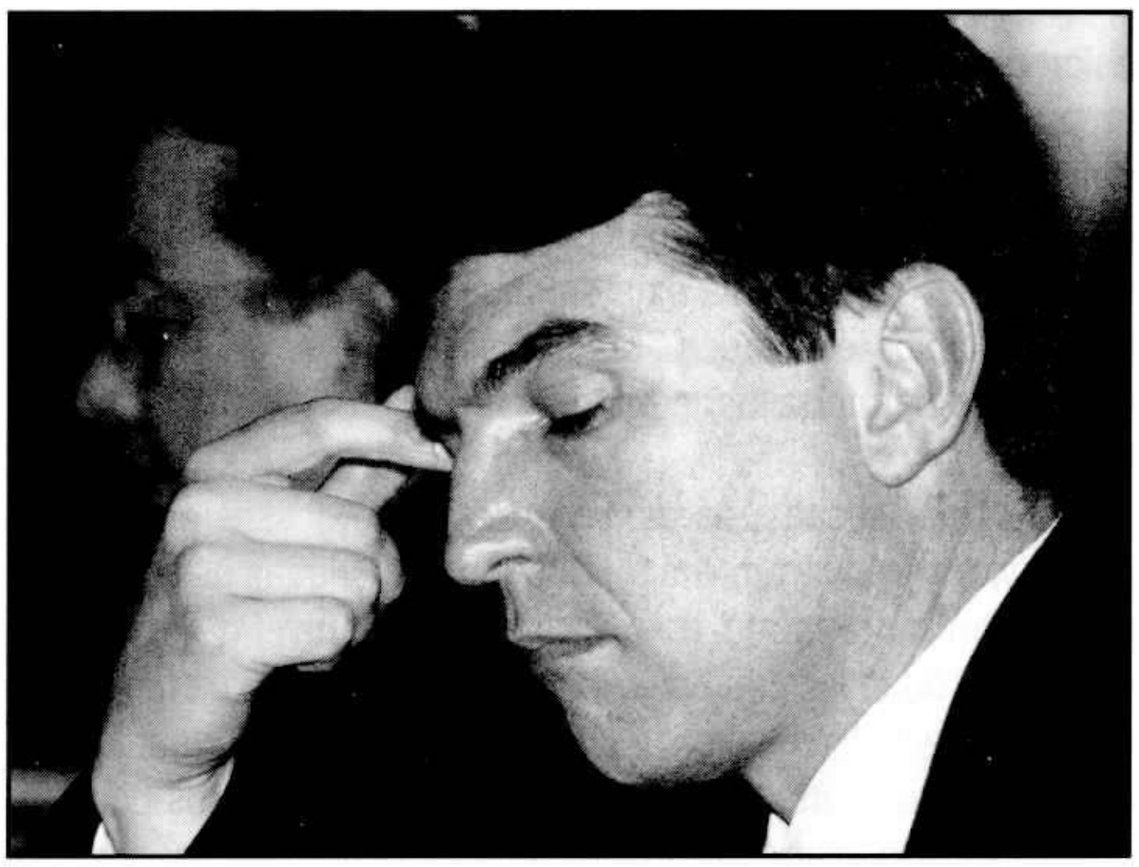
Quanto aos serviços de alta tecnologia, o representante do Conasems não vê a necessidade de muitos, desde que haja alguns como referência para municípios adjacentes.

Um ponto destacado pelo Dr. Jairo é a exigência exagerada no cumprimento dos itens para titular uma "Maternidade Segura":

- O que se precisa mesmo é de uma maternidade e unidade neonatal de referência regional, com respirador, neonatologista, obstetra e uma estrutura mínima para os cuidados com o recém-nascido, sem todas as sofisticações que eventualmente são colocadas nos protocolos, inacessíveis à maioria dos brasileiros. A gente tem que fazer uma coisa mais simplificada.

A formação de recursos humanos e a educação continuada devem ser mais valorizadas, diz ele:

- Devemos sempre priorizar e valorizar a educação continuada e a qualificação de nossos profissionais. O que se vê entre os médicos e enfermeiros mais novos é uma barbaridade. Tem profissional que não sabe entubar nem aspirar as vias aéreas superiores, coisas básicas. É preciso também formar um profissional com expectativas mais realistas, ou seja, que saiba que vai trabalhar para o SUS, nas santas casas do interior, com uma população mais humilde e que o salário sempre vai estar abaixo das suas expectativas. Outra grande distorção é o conceito de que "fulano é um excelente cirurgião, mas não pode abrir a boca, porque é estúpido e grosso com os pacientes". Este sujeito, para mim, não é um bom profissional, conclui Jairo. ●



Jairo Altair: descentralização facilita controle social dos recursos e a gerência dos serviços de saúde.

MORTALIDADE PERINATAL e NEONATAL NO BRASIL

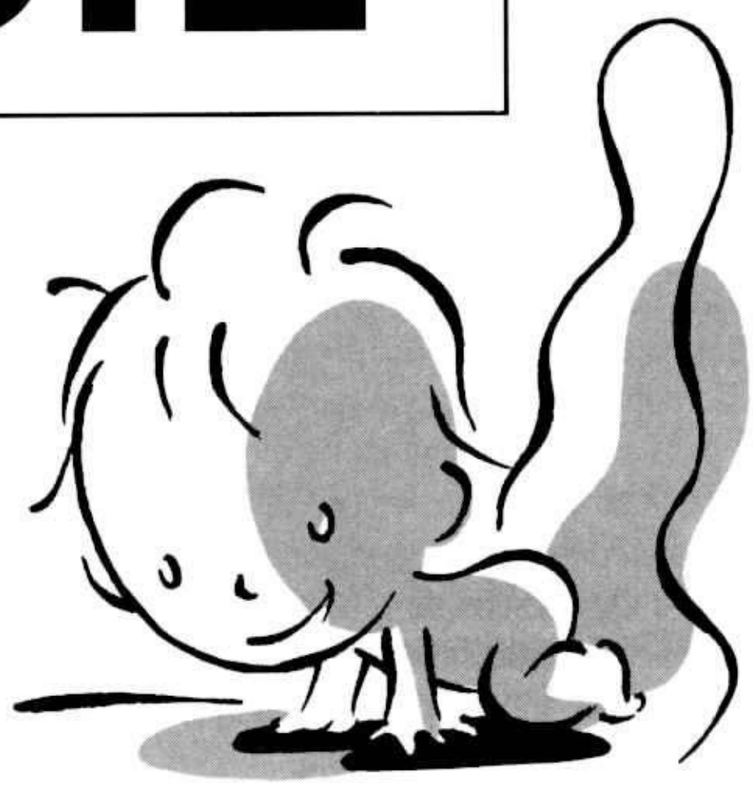
Documento Elaborado por:

Ana Goretti Kalume Maranhão	Ministério da Saúde do Brasil
Marinice M. Coutinho Joaquim	Ministério da Saúde do Brasil
Carolina Siu	UNICEF – Brasil

Colaboradores:

Paulo Kalume	Ministério da Saúde do Brasil
Oscar Castillo	UNICEF – Nova Iorque
Maria do Carmo Leal	FIOCRUZ/ Ministério da Saúde do Brasil

Apoio: Comitê do UNICEF dos Estados Unidos



1. APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, muitos foram os esforços desenvolvidos pelo Brasil na promoção da saúde da criança, resultando em quedas na taxa de mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras. Apesar disso, ainda existem muitos municípios e estados brasileiros com taxas de mortalidade infantil elevadas.

Na última década, os esforços desenvolvidos estiveram mais voltados para o enfrentamento das doenças diarréicas, doenças preveníveis por vacinação e desnutrição, problemas esses que estão mais presentes nas crianças depois do primeiro mês de vida, obtendo-se, dessa forma, a maior redução da mortalidade infantil no período pós-neonatal. A mortalidade no período perinatal representa, atualmente, o principal contingente dos óbitos nos menores de um ano, e a sua redução aparece como um desafio, não só para os serviços de saúde , como para a sociedade em geral.

Sabe-se que as causas subjacentes desses óbitos estão intimamente vinculadas às condições de saúde e nutrição, nível de escolaridade e de vida da mulher e da família, assim como ao processo de atendimento durante a gestação, parto, pós-parto e cuidados imediatos ao recém-nascidos. Por essa razão, é de vital importância a promoção de intervenções multi-setoriais, dirigidas à melhoria das condições de vida e de saúde das mulheres, tanto como um direito e necessidade das próprias mulheres, quanto para garantia do nascimento seguro e a sobrevivência dos recém-nascidos.

O presente documento tem como objetivo contribuir para o processo de análise, discussão e subsidiar as intervenções necessárias, não se tratando, portanto, de uma revisão completa sobre o tema, mas o inicio de uma análise a partir de dados do sistema oficial de estatísticas vitais e de alguns estudos recentemente desenvolvidos em diferentes estados brasileiros.

2. TENDÊNCIA DA MORTALIDADE PERINATAL E INFANTIL

a) Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil no Brasil encontra-se em franco declínio há algumas décadas. De uma taxa, em nível nacional, de 85 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos (NV), no início dos anos 80, passou, em 1996, para cerca de 37,5 por mil nascidos vivos (nv), segundo dados do IBGE (Gráfico 1), significando uma redução de 44,1% entre 1980/1990 e de 21,5% entre 1990/1996.

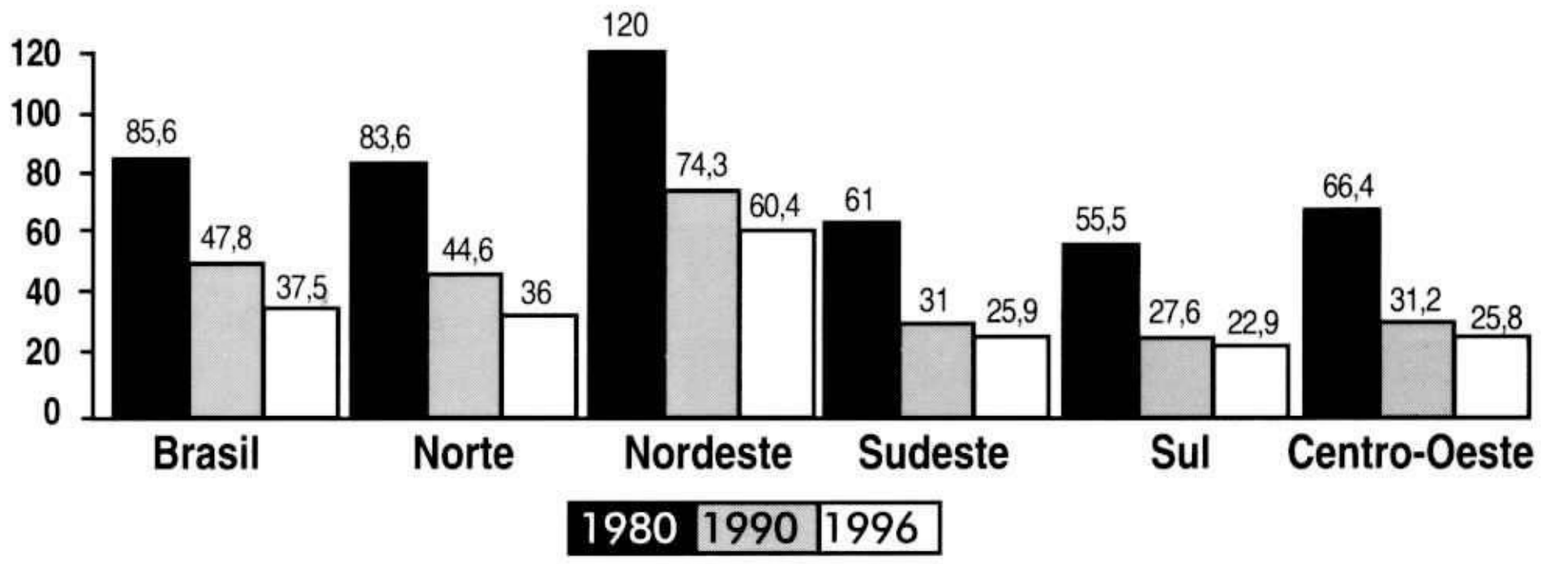
Essa taxa média de mortalidade encobre significativos contrastes nacionais, mostrando que as chances de sobrevivência infantil variam no país. As taxas rurais são, consistentemente, maiores do que as urbanas, sendo a mortalidade infantil, na região rural, duas vezes maior do que nas áreas urbanas.

Embora a mortalidade infantil esteja reduzindo em todo o Brasil, observam-se diferenças nos seus componentes (neonatal <1 dia a 27 dias) e pós-neonatal (28 dias até <1 ano). A redução mais expressiva da mortalidade, entre 1990/1996, ocorreu no componente pós-neonatal. Esse fato era esperado, uma vez que a diminuição dos índices de mortalidade na criança ocorre primeiro nas causas, onde medidas básicas de saúde produzem mudanças mais rápidas. O gráfico 2 mostra que, a partir de 1993, há um predomínio indiscutível do componente neonatal sobre o pós-neonatal, bem como uma tendência de estabilidade ou mesmo de aumento do primeiro, influenciado pelo incremento de cobertura de notificação de óbitos e maior informação sobre a assistência ao parto em unidades de saúde.

GRÁFICO 1

Coeficiente de Mortalidade Infantil por Regiões

BRASIL 1980 - 1990 - 1996

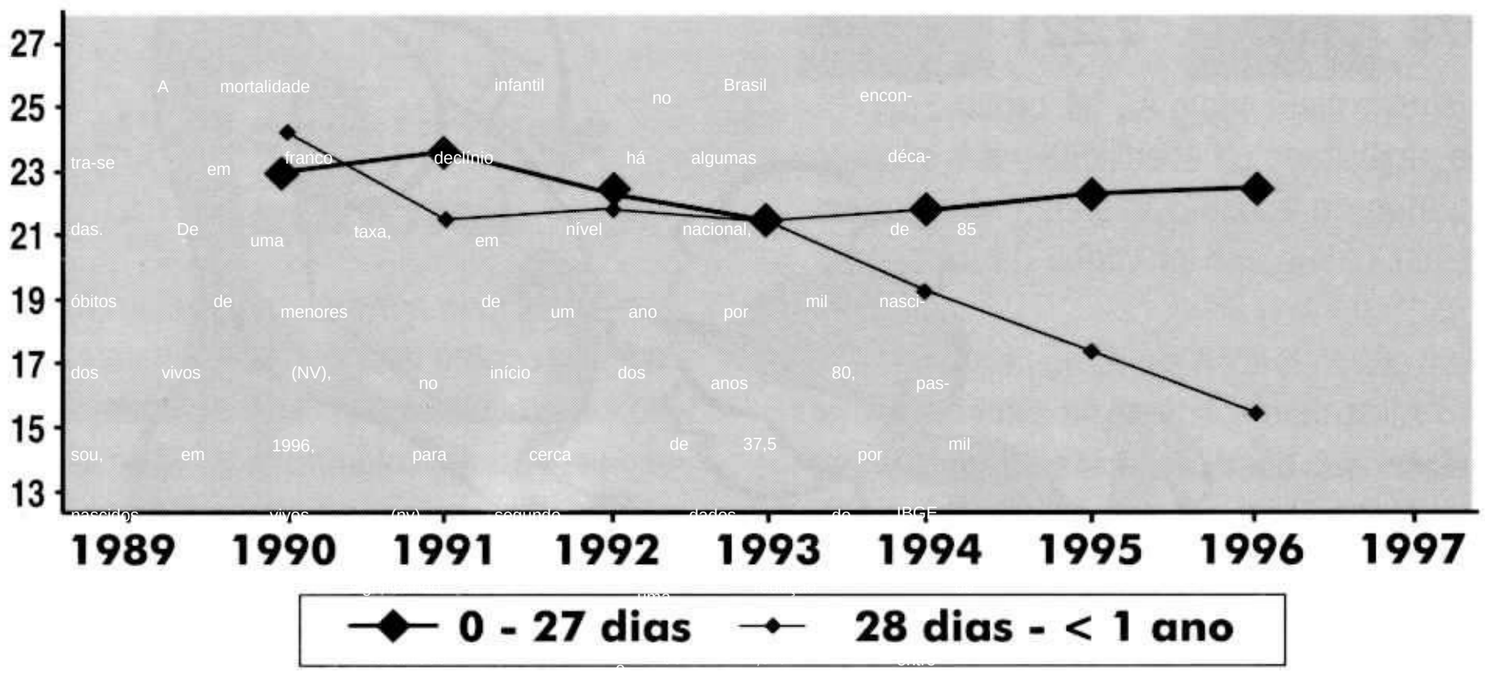


Fonte: *Coeficiente Mortalidade Infantil por 1 mil nascidos vivos, Celso Simões (IBGE)*

GRÁFICO 2

Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal e Pós-natal

BRASIL 1990 - 1996

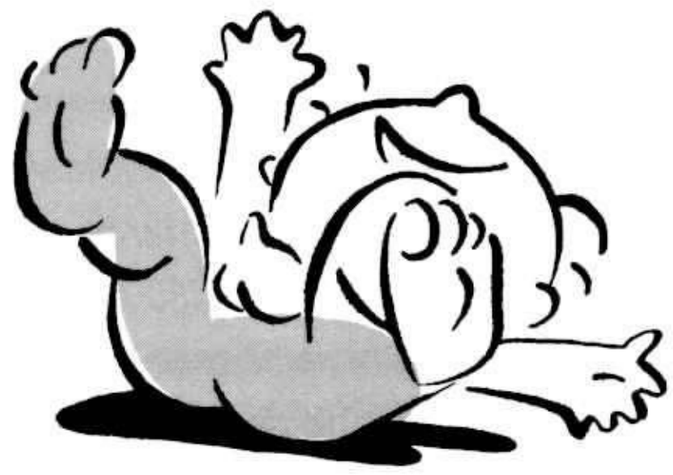


Fonte: *Ministério da Saúde/COMIN*

b) Mortalidade Perinatal

A Mortalidade Perinatal compreende os óbitos fetais tardios e óbitos neonatais precoces, segundo a definição da OMS. Óbito fetal tardio é o que ocorre antes ou durante o parto de feto pesando 500g ou mais. Quando o peso do nascimento for desconhecido, deve-se utilizar a idade gestacional. Óbito neonatal precoce compreendem os óbitos da primeira semana de vida. Na última definição da OMS, o período perinatal começa a partir da 22ª semana de gestação de fetos com mais de 500 gramas. Esse é o critério atualmente utilizado pelo Ministério da Saúde para classificar as mortes fetais de acordo a CDI-10[1].

A taxa de mortalidade perinatal em nível mundial, segundo estimativas da OMS, para o ano de 1996, é de 53 por mil nv. As regiões que apresentam as taxas mais elevadas são África e Ásia . No mesmo informe, a OMS assinala que a mortalidade infantil reduziu de 87 por 1000 nv. no período de 1975-1990 para 57 por mil nv. em 1995, devido, principalmente, ao decréscimo da mortalidade pós-neonatal e recomenda aos países, que, no futuro, seja colocado maior esforço na redução da mortalidade neonatal.



QUADRO 1A

Taxa de Mortalidade Perinatal por Regiões do Mundo

Região	Estimativa da Mortalidade Perinatal por 1000 NV (1983)	Estimativa da Mortalidade Perinatal por 1000 NV (1995)
Mundo	58	53
África	81	75
Ásia	61	53
Europa	14	13
América Latina	54	39
América do Norte	13	9
Oceania	52	44

Fonte: OMS, Perinatal Mortality, 1996, P.14

QUADRO 2A

Óbitos Fetais Tardios por Regiões

BRASIL 1990 – 1995

REGIÕES	1990	1991	1992	1993	1994	1995
BRASIL	42.752	41.540	39.280	38.937	37.172	41.801
NORTE	3.905	3.946	3.139	3.360	3.341	3.203
NORDESTE	13.080	11.704	11.459	9.743	9.605	10.092
SUDESTE	18.766	18.399	17.790	18.410	17.455	21.082
SUL	4.942	5.188	4.790	5.284	4.550	5.130
C. OESTE	2.059	2.024	2.078	2.071	2.221	2.294

Fonte: SIM/CENEP/FNS/MS

Estudos realizados em Pelotas/RS mostraram que uma criança que nasce com menos de 2500 gramas tem 18 vezes mais chance de morrer no primeiro ano de vida, quando comparada com crianças que, ao nascer, apresentam peso superior.

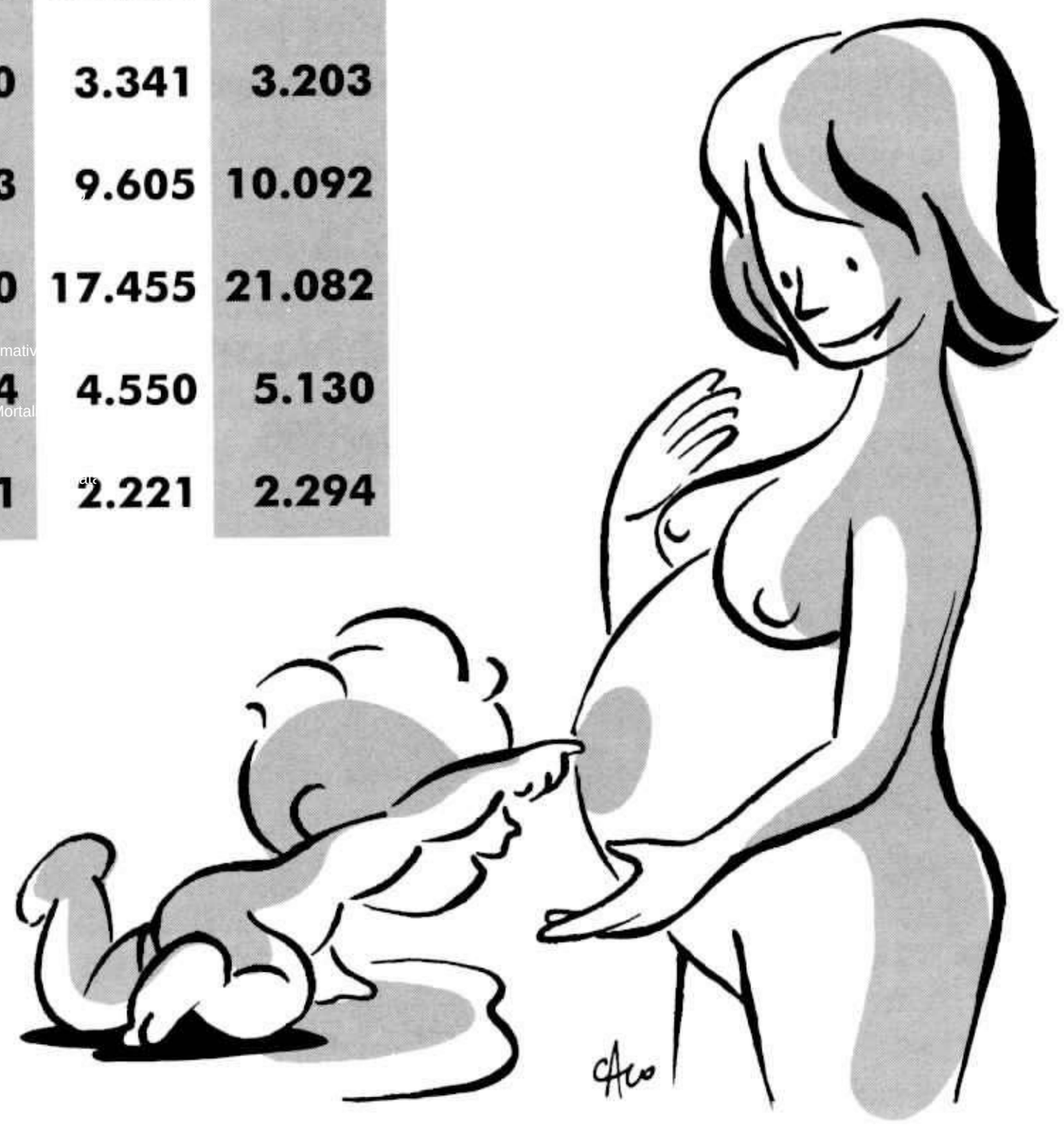
c) Mortalidade Fetal

De todas as regiões, a que mais notifica óbitos fetais tardios é a Sudeste que detém 42% da população nacional e 50% do total dos óbitos fetais em 1995, embora seja uma das regiões de mais baixa taxa de natalidade e mortalidade infantil no país. Os dados denotam a precariedade das nossas estatísticas de saúde.

Das mortes fetais registradas durante o período 90/95, cerca de 45% não tinham informação de peso, fato que dificulta a realização de maior detalhe na análise da mortalidade perinatal.

Ao contrário dos países desenvolvidos, onde a primeira causa de mortalidade no período perinatal é a malformação congênita, no Brasil a maioria dos óbitos perinatais é determinada pelas condições da gestante, as circunstâncias do parto e do nascimento.

Entre as principais causas de óbitos estão a prematuridade, afecções respiratórias do recém-nascido, membrana hialina, asfixia intra-uterina e intraparto, baixo peso ao nascer, traumatismo obstétrico e infecção intra uterina.



QUADRO 3A

Distribuição Percentual e Coeficiente da Mortalidade por Idade dos Óbitos de Menores de 1 Ano

BRASIL 1990-1996

Anos	< 1 dia a 6 dias			7 – 27 dias			28 d - <1 ano			Total
	No.	%	CMI	No.	%	CMI	No.	%	CMI	*
1990	35.876	37,5	17,9	11.017	11,5	5,5	48.583	50,8	24,3	95.476
1991	34.904	40,5	18,3	10.108	11,8	5,3	40.431	47,3	21,3	85.443
1992	33.474	39,7	17,0	9.213	10,9	4,7	41.639	49,3	21,2	84.326
1993	34.040	38,8	15,9	9.781	11,1	4,5	43.772	49,9	20,5	87.593
1994	35.683	41,1	16,2	9.728	11,2	4,4	41.286	47,6	18,8	86.697
1995	36.403	44,7	17,2	9.594	11,8	4,5	35.300	43,2	16.5	81.297
1996	35.046	46,9	17,6	8.984	12,0	4,5	30.678	41,1	15,4	74.711

** Menos as mortes com idade ignorada*

Fonte: *Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)/CNEPI/FNS/MS*

QUADRO 4A

Principais Causas da Mortalidade Neonatal

BRASIL 1990, 1992 E 1995

Causas	1990		1992		1995	
	No.	%	No.	%	No.	%
Diarréia	1.140	2,4	654	1,6	594	1,3
Pneumonia	1.774	3,7	1.544	3,6	1.419	3,1
Afecções Perinatais	33.851	72,2	30.934	72,5	34.383	73,2
Anomalias Congênitas	4.068	8,7	4.173	9,7	4.699	9,9
Outras Causas	3.208	6,8	3.047	7,1	3.137	6,6
Causas Mal Definidas	2.852	6,1	2.335	5,5	1.765	4,0
Total	46.893	100	42.687	100	46.997	100

Fonte: *Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)/CNEPI/FNS/MS*

d) Mortalidade Neonatal

A maioria das mortes neonatais refere-se ao período neonatal precoce, primeira semana de vida, especialmente os óbitos ocorridos no primeiro dia de vida, representando cerca de 36% dessas mortes.

A mortalidade neonatal precoce, no período de 1990 a 1996, apresenta variações dos coeficientes entre 15 e 17 por mil nascidos vivos.

No Quadro **N°** 3A o que mais chama a atenção é a estabilidade do coeficiente de mortalidade neonatal precoce no período analisado, ao contrário das outras faixas etárias.

As causas de óbitos neonatais são muito semelhantes às de óbitos perinatais. Estudos realizados têm mostrado que muitas das causas de mortes, no atestado de óbito, não correspondem ao verdadeiro problema da morte, já que o preenchimento da declaração de óbito (DO) é feito por profissionais que nem sempre identificam a causa da morte corretamente, sendo as "causas mal definidas" uma das categorias mais utilizadas.

A predominância das causas perinatais, na mortalidade infantil, aponta para a necessidade de estudos sistematizados nas maternidades, com a utilização de prontuários médicos padronizados e rotina de discussão de todos os casos.

A mortalidade por afecções perinatais representa mais de 72% da mortalidade neonatal e mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida, em todas as regiões do país.

QUADRO 5A

Mortes Neonatais por Afecções Perinatais (principais causas)

BRASIL 1990 - 1996

Causas	1990		1992		1995	
	No.	%	No.	%	No.	%
Outras Afecções Respiratórias do Feto e RN	8.917	26,3	8.729	26,0	9.876	28,7
Doença da Membrana Hialina	6.103	18,0	6.458	19,3	7.196	21,0
Prematuridade e Baixo Peso ao Nascer	5.430	16,0	5.043	15,0	4.434	13,0
Infecção Específica no Período Perinatal (exceto tétano)	3.781	11,2	3.698	11,0	4.378	12,7
Hipoxia Asfixia	4.197	12,4	3.794	11,3	3.702	11,7
Outras Causas	1.904	5,6	2.938	8,8	4.797	14.0
Outras Afecções Mal Definidas	3.519	10,4	2.849	8,5	2.947	8,5
Total	33.851		33.509		34.383	

Fonte: *Sistema de Informação de Mortalidade SIM, CENEP/FNS/MS*

O quadro N° 5A mostra as principais causas das mortes neonatais por afecções perinatais, com base no capítulo XV da 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CDI) (774 – 779), de três anos: 1990, 1992 e 1995. Observa-se que, no ano de 1992, ocorreu o menor número de óbitos no período analisado.

Entre as principais causas de mortalidade por afecções perinatais no período neonatal destacam-se, em primeiro lugar, as outras afecções respiratórias do feto e do recém-nascido, representando, durante os anos analisados, mais de 25% das mortes por afecções perinatais, e a síndrome de angústia respiratória, com tendência crescente entre os anos analisados, e de 18% em 1990, passando a 21% em 1995.

A prematuridade e o baixo peso ao nascer, causas que podem ser reduzidas com a assistência ao pré–natal e ao parto de boa qualidade, representaram, em 1990, 16%, passando para 13% em 1995. Essa tendência decrescente deverá continuar com a utilização da CDI-10, onde a prematuridade é considerada causa associada, e só é mencionada naqueles casos em que não se encontra uma causa materna ou do próprio RN que justifique o óbito.

As infecções, no período perinatal, são causas importantes na mortalidade neonatal, em torno de 12%. Aí estão incluídas tanto as infecções transplacentárias (exceção da sífilis) como as infecções neonatais precoces, devido à rotura prolongada de membranas, infecção materna e infecção neonatal tardia.

Entre as outras causas, estão as afecções e complicações maternas, da placenta, cordão umbilical e membranas, além de outras, que surgem durante o parto e têm grande importância como causas básicas dos óbitos neonatais, embora sejam muitas vezes omitidas na DO e substituídas por prematuridade, asfixia e outras afecções respiratórias.

O tétano neonatal, apesar de sua tendência à diminuição, ainda causa mortes (141 óbitos em 1990 e 66 em 1995). Práticas tradicionais, como tratar o cordão umbilical com cinza ou argila para parar o sangramento ou cortar o cordão com instrumento não-esterilizado são, em grande parte, responsáveis por essas mortes. Ressalta-se o fato de que essa doença é 100% evitável pela imunização passiva do feto e da gestante durante o pré-natal ou da mulher na idade fértil.

A asfixia, uma das causas mais freqüentes de morte perinatal e de distúrbios no desenvolvimento infantil, pode ser prevenida pela identificação e tratamento dos fatores desencadeantes, ainda durante o pré-natal, já que representa, na maior parte dos casos, uma conseqüência das doenças maternas causadas por problemas ligados à placenta, cordão umbilical ou tocotraumatismo.

A asfixia figura, em muitos casos, como causa básica de óbito, por inadequação no preenchimento da DO, quando é omitida a patologia materna que desencadeou o processo de hipóxia. Mais de 11% dos óbitos, durante os anos analisados, são atribuídos a essa causa.

Uma avaliação das causas de internação e óbitos em menores de um ano, no Sistema Único de Saúde (SUS), em 1996, revelou que os principais fatores associados aos óbitos por causas perinatais são a prematuridade e o baixo peso ao nascer, ambos representando 69% de todos os óbitos neonatais, seguidos de hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer. Seria interessante ressaltar que todas essas causas podem ser enquadradas dentro de "sinais e sintomas mal definidos", pois são conseqüências de patologias definidas e não explícitas no atestado de óbito.

3. FATORES DE RISCO NA MORTALIDADE PERINATAL

O nascimento é um momento crucial na vida do indivíduo, podendo deixar seqüelas que limitarão o desenvolvimento de suas potencialidades. A utilização do enfoque de risco nas gestantes e RN permite a realização de ações voltadas à prevenção dos fatores que incrementam as probabilidades de invalidez e morte.

a) Fatores de Risco Ligados às Condições de Saúde Materna

Os fatores de risco, ligados à mãe, são: idade materna, altura, paridade, intervalo interpartal, peso anterior e ganho de peso durante a gravidez, aborto, natimorto ou mortes neonatais prévias e doenças maternas. Esses podem causar aborto, hipoxia neonatal, baixo peso ao nascer, prematuridade e malformações congênitas, entre outras.

As causas de mortalidade perinatal estão grandemente influenciadas pelas condições de saúde materna no estudo de Recife. As causas que tiveram maior importância foram aquelas ligadas a problemas maternos, "doença hipertensiva específica da gravidez", "descolamento prematuro da placenta", "infecções do trato urinário" que representam 84% do total das doenças identificadas. Essas situações, se bem conduzidas e com acompanhamento adequado durante a gestação e o parto, podem evitar as mortes tanto dos RN como das mães.

Dos óbitos neonatais analisados, nos anos de 1990, 92 e 95, 30% das mães dessas crianças estavam entre 10 e 19 anos. A gravidez na adolescência (10 a 19 anos), representa cerca de 22% dos partos em nível nacional (SINASC/ 1995).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS/96) mostrou que 18% das jovens, entre 15 e 19 anos, já haviam engravidado (excluindo os abortos). Entre as mulheres de 19 anos, uma em cada três eram mães ou estavam grávidas do primeiro filho. Como agravante desse quadro, 49,1% dos filhos foram indesejados.

Os dados anteriores mostram a alta incidência da gravidez na adolescência no país, o que implica a realização de ações educativas e preventivas, dirigidas à preparação dos jovens, na escolha do momento mais indicado para que a gravidez não se converta em problema para as jovens e seus companheiros.

Sabe-se que o baixo peso ao nascer é um dos fatores determinantes de óbitos neonatais. Entre as mortes ocorridas até o sétimo dia de vida (período neonatal precoce), no país, e com atestados de óbito onde o peso ao nascer foi notificado, 70% ocorreram entre os neonatos com peso inferior a 2500 g.

Os países desenvolvidos têm taxas de baixo peso ao nascer em torno de 5% a 6%, enquanto no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNDS-1996), a prevalência de baixo-peso ao nascer foi de 9,2%, e ultrapassa 10% na zona rural.

As precárias condições de vida podem, também, influenciar o baixo peso ao nascer, bem como a ausência de serviços pré-natais de boa qualidade. Outro fator importante de risco é a prematuridade. A idade gestacional serve como indicador de risco para a mortalidade neonatal e está em estreita relação com o baixo peso ao nascer. As crianças que nasceram prematuras têm maior risco de morrer. No estudo de Victora, 20% dos RN prematuros morreram durante o período neonatal. Podemos observar que, entre as mortes analisadas do SIM de 1990 a 1995, cerca de 30% foram de crianças com menos de 37 semanas de gestação.

QUADRO 6A

Complicações Maternas que Afetam a Criança

Problemas ou complicações	Principais efeitos ou problemas para o recém-nascido
Anemia Crônica	Baixo Peso ao Nascer, Asfixia, Morte Fetal
Hemorragia	Asfixia, Morte Fetal
Doença Hipertensiva	Baixo Peso ao Nascer, Asfixia, Morte Fetal
Sepse Puerperal	Sepse Neonatal
Obstrução do Trabalho de Parto	Morte Fetal, Asfixia, Sepsis, Traumatismo ao Nascer, Incapacidade
Infecção durante a gravidez DST	Parto Prematuro, Infecção Ocular, Cegueira, Pneumonia, Morte Fetal, Sífilis Congênita
Hepatite	Hepatite
Gravidez Indesejada	Aumento Riscos de Morbi-mortalidade, Abandono, Maltrato, Negligência
Falta de Higiene durante o parto	Tétano Neonatal, Sepsis

Fonte: *WHO, Mother-Baby Package, P. 8*

b) Fatores de Risco Ligados aos Serviço de Saúde:

Os serviços de saúde também devem ser analisados dentro do enfoque de risco em relação ao acesso e qualidade do atendimento prestado.

Um aspecto a ser realçado na assistência às crianças no país é a adoção crescente de novas tecnologias, permitindo a sobrevivência de crianças cada vez mais prematuras, assistidas em UTI neonatais. A esse fator foi agregado o pagamento do pediatra na sala de parto, pelo SUS, antes inexistente.

Essas intervenções deveriam estar concorrendo para a diminuição da morbi-mortalidade neonatal. Porém, quando observamos a mortalidade causada pela doença da membrana hialina em UITs neonatais no Brasil, notamos que é 4 a 5 vezes maior do que em países desenvolvidos. Essa diferença pode decorrer de muitos fatores como por exemplo: menor quantidade de recursos, superlotação, deficiência nos cuidados básicos para o recém-nascido (como termoregulação, alimentação e prevenção de infecções), além da falta de treinamento dos recursos humanos dos serviços de saúde.

A demanda por tecnologia sofisticada poderia ser reduzida, se houvesse um adequado monitoramento da mulher durante o período gestacional, identificando e reduzindo os riscos na gravidez e no parto.

Um outro aspecto importante a ser considerado na avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a ocorrência de óbitos em crianças que não apresentam nenhum dos fatores de risco descritos para a mortalidade infantil. Assim, ocorre com, aproximadamente, um quarto dos óbitos neonatais do país que não apresenta história de prematuridade nem baixo peso ao nascer.

Os resultados da PNDS/96 mostram que, no país, 81% das mulheres fizeram consulta pré-natal com um médico, 50% dessas mulheres tiveram mais de 7 consultas, sendo que, na Região Nordeste, esse percentual foi de 27%. Observa-se ainda que, entre as mulheres que relataram pelo menos uma consulta pré-natal, a grande maioria, incluindo no Nordeste, recebeu atendimento durante o primeiro trimestre da gravidez (66%).

Uma medida da qualidade do controle pré-natal é a vacinação antitetânica e o uso e posse do cartão da gestante. Mais de um terço (36%) das gestantes não recebeu nenhuma dose de Toxoide Tetânico, enquanto 45% receberam somente duas doses. Quanto ao cartão da gestante, a metade das mulheres relatou que o possuía (51%), sendo os percentuais mais baixos na zona rural e na região Nordeste.

A qualidade da assistência, no momento do parto e no pós-parto, é, também, de fundamental importância para a redução da morbimortalidade perinatal e materna. A cobertura do parto em instituição de saúde, em nível nacional, alcança 91,5% (PNDS/96). Apesar das altas coberturas, ainda persiste a baixa qualidade de atendimento. Um estudo realizado em 460 maternidades públicas e conveniadas, no Estado de São Paulo, mostrou que só 110 possuíam condições adequadas para o atendimento ao parto.

De acordo com uma investigação realizada pelo CLAP/ OPAS/ OMS, em 11 países sul-americanos e em 160 maternidades, incluindo o Brasil, concluiu-se que o nascimento por cesáreas apresenta maior mortalidade materna (até 12 vezes mais); maior morbidade materna (7 a 20 vezes); o dobro da permanência hospitalar e da convalescença; alterações psico-afetivas; transtornos respiratórios neonatais e prematuridade iatrogênica.

Em um estudo realizado em hospitais de 14 países, em 1980, o Brasil apresentou a mais alta taxa de cesárea (32%), enquanto os Estados Unidos apresentaram a taxa de 19%. Somente em 2 países foram encontradas taxas inferiores a 10% de cesáreas: Japão e Checoslováquia (7% em cada país). A maioria dos países (Dinamarca, Espanha, Grécia, Inglaterra, Escócia e Nova Zelândia) apresentou taxas entre 10% e 13%, (Notzon, 1990).

Os dados disponíveis sugerem uma tendência crescente na prevalência do parto cesariano no Brasil. Em 1986, a taxa de prevalência era de 31%, alcançando, atualmente, 36%. Na liderança, encontram-se: São Paulo, com 52%, e a região Centro-Oeste, com 49,1%. As menores taxas en-

QUADRO 7A

Algumas Características da Assistência Pré-natal dos Nascidos Vivos

ÚLTIMOS CINCO ANOS ANTERIORES DA PNDS/96 - BRASIL, 1996

N.º Consulta de pré-natal	%	Período de Gestação Primeira Consulta	%	Vacinação Antitetânica	%
Nenhuma	14,3	Sem pré-natal	14,3	Nenhuma	36,5
1-3 consultas	8,1	0-3 meses	66,0	1 dose	13,2
4-6 consultas	28,4	4-6 meses	17,8	2 doses	45,3
7 consultas	47,5	7-9 meses	1,5	Sem resposta	5,0
Sem Resposta	1,7	Sem Resposta	0,4	-	
Mediana	7,4	Mediana	2,9	Com cartão de pré-natal	51,1

contram-se nas regiões Nordeste e Norte (20% e 25%, respectivamente). Mesmo assim, tais regiões diferem do padrão epidemiológico reconhecido como aceitável, segundo o qual até 90% dos partos deveriam ser vaginais.

O aumento das taxas de cesariana está relacionado com o incremento da esterilização feminina, uma vez que, segundo a PNDS-1996, 4 em cada 5 esterilizações foram realizadas durante a cesariana. Um outro aspecto que provavelmente contribui para isso é o receio de sentir dor que faz a mulher concordar ou solicitar a cesariana. A analgesia epidural, para aliviar a dor durante o parto normal, que agora é paga pelo SUS[3], desde o 2º semestre de 1998, poderá reverter essa situação.

Um estudo realizado em 22 maternidades de Belém mostrou que somente 54% apresentavam cobertura total de obstetra. Em relação ao atendimento no pré-parto, 32% dos serviços dispunham de partograma. Foram avaliados 5 prontuários em cada uma das maternidades e comprovou-se que: 70% dos prontuários não tinham informações sobre o pré-natal, 21% não tinham registro de pressão arterial e um em cada 3 não tinha informações sobre o batimento cardio-fetal. Foi entrevistado o pessoal que trabalha nesses serviços. 65% das enfermeiras relataram que não tinham feito o curso profissional de parteira e 90% não tinham feito o curso de atualização em obstetrícia.

Apesar de muitas mortes maternas e neonatais ocorrerem durante o pós-parto, o atendimento nesse período, em muitos locais, ainda não foi valorizado, limitando-se à revisão ginecológica no pós-parto, sem orientações claras sobre a amamentação, planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido. Os dados da PNDS/96 revelam a baixa qualidade e a baixa cobertura da assistência no pós-parto. Do total de mulheres que tiveram filhos nos cinco anos anteriores à pesquisa, só 28 % delas se consultaram no pós-parto.

Em síntese, o aumento da ocorrência de partos cesarianos no país, bem como o fato de mais de 30% das gestantes brasileiras, em 1996, não terem feito uso da vacina antitetânica (Quadro N°8A), associados ao número elevado de casos notificados de sífilis congênita, reforçam o questionamento sobre a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde à mulher e à criança, em um dos períodos mais vulneráveis de suas vidas.

Os dados disponíveis indicam a necessidade do desenvolvimento de ações para enfrentar tanto a mortalidade neonatal como a pós-neonatal. Essas ações, por sua vez, para terem impacto, devem estar integradas àquelas voltadas para a melhoria da saúde da mulher, em termos de planejamento familiar e de qualidade da atenção durante o pré-natal, parto e puerpério.

QUADRO 8A

Prevalência de Partos por Cesárea

PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE
BRASIL 1986-1996

Região	1986	1996
Rio de Janeiro	43.2	43.3
São Paulo	43.2	52.1
Sul	29.3	44.6
Centro-Oeste	34.4	41.0
Nordeste	18.6	20.4
Norte	—	25.2

4. PRIORIDADE NA INTERVENÇÃO

a) Durante a Gestação:

- Qualificar os profissionais que atendem o pré-natal, estimulando a utilização do cartão da gestante, como instrumento essencial para o acompanhamento da evolução da gravidez;
- Garantir às gestantes o acesso às informações sobre os fatores de risco na gravidez, amamentação e prepará-las para o momento do parto, por meio de aconselhamento durante o atendimento pré-natal e na formação de grupos de gestantes;
- Orientar a gestante na alimentação, detecção e tratamento da anemia e redução do trabalho que envolve muito esforço; Eliminar a alta de consultas de pré-natal e estabelecer referência entre o pré-natal, parto e puerpério;
- Qualificar os agentes comunitários de saúde para o acompanhamento e identificação das gestantes de risco, assim como do recém-nascido;
- Estimular a formação de grupos de gestante, tanto para a mulher como para o companheiro, a fim de propiciar intercâmbios de experiências e discutir os diferentes temas relacionados à saúde reprodutiva e cuidados integrais para as crianças;

b) Durante o Parto e Pós-Parto e Atenção ao Recém-Nascido

- Assegurar transporte adequado no momento do parto;
- Planejar ou implementar uma central de vagas de leitos obstétricos e neonatais nos municípios, a fim de reduzir a procura desordenada de leitos para parturientes e garantir leitos para as gestantes de risco e neonatos;
- Capacitar as equipes obstétricas no uso e preenchimento correto do partograma, assim como equipar as maternidades em função do seu nível de complexidade;
Implementar programa de melhoramento dos serviços, a fim de garantir a humanização do atendimento e qualidade total;
- Qualificar as enfermeiras em cuidados obstétricos e neonatais;
- Garantir as condições, dentro das maternidades, para o aleitamento materno exclusivo e precoce;
- Garantir os cuidados essenciais para o recém-nascido, identificando e tratando os problemas de infecção;